



CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO

Requerimento para reinclusão à condição de Contribuinte.

NOME DO CONTRIBUINTE			CPF	
RE/Matr.	Posto/Grad./OPM	Tel. Res. ()		Tel. Cel. ()
E-mail			RG	
Endereço				
Bairro	Cidade/UF	CEP	Estado civil	
Possui dependentes?		Tem ação judicial em trâmite para reinclusão na CBPM?		

Eu, _____, supra qualificado, requieiro à CBPM, de acordo com os termos da Lei nº 452/74 e suas alterações, especialmente as dispostas no Parágrafo único do Artigo 32, acrescentado pela Lei Complementar nº 1.353, de 10 de janeiro de 2.020, a reinclusão à condição de contribuinte e, para tanto, declaro estar ciente das exigências previstas no caput do Artigo 32 desta mesma Lei e, também, que devo cumprir os prazos das carências, conforme segue, para mim (nos casos de pensionista) e para meus beneficiários:

- 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência;
- 24 (vinte e quatro) meses, para doenças e lesões preexistentes;
- 300 (trezentos) dias, para partos a termo, e
- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos (NR).

Estou ciente de que, na reinclusão como contribuinte obrigatório, ocorrerá o desconto no código 070018 em folha de pagamento, correspondente ao valor de 2% (se militar da ativa ou reserva), e de 1% (se pensionista) do valor da pensão, nos termos do artigo 31 da Lei 452/74.

_____, de _____ de 20____

Local e data

Assinatura do contribuinte